

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2016/2017

Tatiana Tavares Gomes

Glaucoma e qualidade de vida nos doentes portugueses /

Glaucoma and quality of life in Portuguese patients

março, 2017

FMUP

Tatiana Tavares Gomes

Glaucoma e qualidade de vida nos doentes portugueses /
Glaucoma and quality of life in Portuguese patients

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Oftalmologia

Tipologia: Dissertação

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Dr. António Cabral Costa Benevides de Melo

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Acta Médica Portuguesa

março, 2017

FMUP

Eu, Tatiana Tavares Gomes, abaixo assinado, nº mecanográfico 201108705, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22 / 03 / 2017

Assinatura conforme cartão de identificação:

Tatiana Tavares Gomes

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

NOME

Tatiana Tavares Gomes

NÚMERO DE ESTUDANTE

E-MAIL

201108705 tatianetgomes0109@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Oftalmologia

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Glaucoma e qualidade de vida nos doentes portugueses /
Glaucoma and quality of life in Portuguese patients

ORIENTADOR

Dr. António Cabral Costa Benevides de Melo

COORDENADOR (se aplicável)

—

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

| | |
|---|-------------------------------------|
| É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE. | <input type="checkbox"/> |
| DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS. | <input type="checkbox"/> |

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22/03/2017

Assinatura conforme cartão de identificação: Tatiana Tavares Gomes

Glaucoma e qualidade de vida nos doentes portugueses

Glaucoma and quality of life in Portuguese patients

Tatiana Gomes¹; António Melo²

¹ Estudante de Medicina do 6º ano na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

² Médico especialista no Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Morada do autor¹: Rua de Pereira, nº 131; 4505-083 Argoncilhe, Santa Maria da Feira, Portugal

E-mail do autor¹: tatianatgomes0109@gmail.com

Título para o cabeçalho: Glaucoma e qualidade de vida nos doentes portugueses

Glaucoma e qualidade de vida nos doentes portugueses

RESUMO

Introdução: O glaucoma é uma neuropatia ótica que resulta em perda progressiva e irreversível da visão, que cursa com perda do campo visual. Estudos indicam que o défice visual resultante reduz a qualidade de vida relativa à visão dos doentes. Os objetivos deste estudo consistem em avaliar: o impacto do glaucoma na qualidade de vida dos doentes portugueses; o impacto na qualidade de vida consoante os seus diversos estadios; e perceber quais os domínios mais afetados com a progressão da doença.

Material e Métodos: Neste estudo caso-controlo selecionamos doentes com glaucoma (casos) e doentes sem glaucoma (controlos), aos quais foi aplicado o questionário *Glaucoma Quality of Life-15*.

Resultados: Incluímos 76 pacientes (36 casos e 40 controlos). Os valores obtidos para a escala geral e todos os seus domínios foram estatisticamente superiores para o grupo controlo. Por outro lado, estes valores mostraram-se tendencialmente superiores nos grupos de estadio avançado e terminal de glaucoma, mas essas diferenças não foram significativas (com exceção do domínio da adaptação ao escuro e ao *glare*).

Discussão: A análise realizada demonstrou uma estimativa de qualidade de vida superior nos indivíduos com glaucoma. Por outro lado, dentro dos indivíduos com glaucoma, esta é semelhante para doentes nos estadios inicial e moderado da doença e pior para doentes nos estadios avançado e terminal. O domínio mais afetado foi a adaptação ao escuro e ao *glare*.

Conclusão: É necessária a realização de mais estudos, nomeadamente a nível nacional, especialmente tendo em conta a prevalência do glaucoma em Portugal.

Palavras-chave: glaucoma; qualidade de vida; defeitos visuais.

ABSTRACT

Background: Glaucoma is an optic neuropathy that results in progressive and irreversible vision loss, and progressive loss of visual field. Studies indicate that vision loss from glaucoma reduces vision-related quality of life in patients. The goals of this study are: to evaluate the impact of glaucoma in the quality of life of Portuguese patients; to assess its impact in the quality of life depending of its several stages; and to understand which visual functions are more affected with the disease's progression.

Materials and Methods: In this case-control study we selected patients with glaucoma (cases) and patients without glaucoma (controls), to whom we applied the Glaucoma Quality of Life-15 questionnaire.

Results: We included 76 patients (36 cases and 40 controls). The results related to the general scale and all its domains were statistically superior for the control group. On the other hand, these results tended to be greater for the groups with advanced and terminal stages of glaucoma, but these differences were not statistically significant (with exception of the dark and glare adaptation domain).

Discussion: Our analyses demonstrated that people with glaucoma had a better quality of life than the controls. On the other hand, among the patients, people with early and moderate glaucoma had similar quality of life scores, and people in the severe and terminal stages of the disease exhibited worse quality of life. The most affected domain was dark and glare adaptation.

Conclusion: It is vital to perform more studies, particularly at a national level, primarily due to the great magnitude of glaucoma occurrence in Portugal.

Key words: glaucoma; quality of life; vision disorders.

INTRODUÇÃO

O glaucoma é uma neuropatia ótica que resulta em perda progressiva e irreversível da visão. Vários estudos demonstraram que as alterações neurodegenerativas que ocorrem nesta doença atingem tanto as células ganglionares da retina, como o nervo ótico e o sistema nervoso central¹. A progressão da doença geralmente inicia-se com a perda periférica do campo visual (CV), seguida de perda central, em fases mais tardias². Por esta razão, os doentes podem permanecer assintomáticos até fases tardias da doença^{3,4}.

Estima-se que o glaucoma seja a segunda causa mais importante de cegueira no mundo⁵. Cerca de 10% dos indivíduos que sofrem desta patologia desenvolvem cegueira bilateral, enquanto que os restantes 90% apresentam graus variados de défice visual⁶. Em Portugal, os custos relativos a esta doença são bastante avultados. Um estudo realizado no Hospital Universitário de Coimbra estimou que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) gaste mais de 144 milhões de euros por ano com o glaucoma⁷. Para além disso, os autores acreditam que este valor possa ser mais baixo que o número real, uma vez que não inclui os custos indiretos na sociedade da cegueira provocada pelo glaucoma⁷.

A perda de visão provocada pelo glaucoma tem vastos efeitos negativos na qualidade de vida (QdV) dos doentes¹, mesmo nos estádios iniciais⁸. A QdV é um parâmetro bastante difícil de avaliar e quantificar por parte dos médicos. No entanto, é algo muito importante para os doentes. Pode ser definida como a perceção individual que uma pessoa tem relativamente à sua situação na vida, tendo em vista os seus valores e cultura, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁹. É um conceito geral, que pode ser afetado pela saúde mental e física do indivíduo, pelo seu nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com o ambiente⁹.

Sabe-se que o défice visual resultante do glaucoma reduz a QdV relativa à visão, que mais não é que a satisfação individual da pessoa face à sua capacidade visual e à forma como esta capacidade tem impacto no seu dia-a-dia¹⁰. Vários doentes referem dificuldades a conduzir, a andar, a tomar a medicação, a fazer as tarefas domésticas, a preparar refeições e a ler; associadas a um aumento do medo de cegueira, isolamento social e depressão¹¹⁻¹³. Para além disto, há evidências que relacionam a perda de CV, independentemente da acuidade visual, com a redução da mobilidade (tanto em espaços interiores como exteriores), o aumento do risco de acidentes de automóvel e de quedas, e a redução da capacidade de executar atividades do dia-a-dia, como ler ou ver televisão^{14,15}.

A informação relativa ao impacto do glaucoma na QdV dos pacientes tem várias utilidades. Pode auxiliar na escolha da terapêutica e sugerir possíveis alterações a realizar no ambiente doméstico, de forma a minimizar problemas com obstáculos, luminosidade, ou

realização de atividades domésticas¹⁶. Para além disto, com o rápido envelhecimento da população mundial, o número de indivíduos com glaucoma irá com certeza aumentar¹⁷, o que significa que esta será uma problemática ainda mais prevalente.

Várias ferramentas foram desenvolvidas para auxiliar o clínico na avaliação da QdV dos doentes com glaucoma. Uma delas foi o *Glaucoma Quality of Life-15* (GQL-15), um questionário composto por quinze perguntas, agrupadas em quatro domínios: visão central e ao perto, visão periférica, adaptação ao escuro e ao *glare* e mobilidade no exterior⁸. A validade deste questionário foi estabelecida graças a uma relação estatisticamente significativa entre a medição da gravidade da perda dos CV e o desvio médio perimétrico (MD)³. Tendo em conta a sua simplicidade e a sua correlação forte e significativa com a perda de CV, o GQL-15 é um instrumento útil para ser implementado pelo oftalmologista aquando da avaliação do doente com glaucoma¹⁸.

Os objetivos deste estudo consistem em avaliar: o impacto do glaucoma na QdV dos doentes portugueses; o impacto na QdV consoante os seus diversos estadios; e perceber quais os domínios mais afetados com a progressão da doença.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caso-controlo foi desenvolvido no Serviço de Oftalmologia do Hospital de São João, onde foi aplicado um questionário a uma amostra de pacientes com glaucoma (casos) e sem glaucoma (controlos). Teve uma duração de três meses, com início no dia 1 de novembro de 2016 e fim a 31 de janeiro de 2017. O estudo teve o parecer e a aprovação por parte da comissão de ética desta instituição.

Seleção de participantes

A amostra de casos foi obtida de entre os doentes que se apresentaram às consultas de glaucoma neste serviço, durante o período de duração do estudo. Foram selecionados indivíduos que respeitassem os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de glaucoma de qualquer estadio ou subtipo; diagnóstico efetuado há pelo menos 6 meses por um oftalmologista; idade compreendida entre os 60 e os 90 anos. Por outro lado, foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: diagnóstico de demência, patologia psiquiátrica, neurológica ou outras impeditivas de responder adequadamente às questões; diagnóstico de outras patologias oftalmológicas que determinem perda de acuidade visual (impossível de corrigir) e/ou perda de CV. Não foram excluídos pacientes com ametropia ligeira a moderada ou catarata incipiente.

A amostra de controlos foi obtida de entre os doentes que compareceram à consulta geral de oftalmologia com idade compreendida entre os 60 e os 90 anos. Foram excluídos os doentes que apresentassem patologia oftalmológica que implicasse perda de visão ou qualquer um dos

seguintes: diagnóstico de demência, patologia psiquiátrica, neurológica ou outras impeditivas de responder adequadamente às questões; diagnóstico de glaucoma. Foram admitidos doentes com ametropias ligeiras/moderadas e/ou com catarata incipiente.

Métodos de recolha de dados

A todos os indivíduos selecionados foi aplicado o questionário GQL-15. Aos casos, este questionário foi realizado pelo médico no fim da consulta ou pelo técnico, durante a pré-consulta; enquanto que aos controlos foi fornecido por enfermeira antes da consulta. Foi sempre explicado ao doente qual o objetivo do preenchimento deste questionário e obtido o consentimento informado.

O GQL-15 é constituído por 15 questões (Tabela 1), às quais o doente tem que responder atribuindo uma pontuação de 1 (nenhuma dificuldade) a 5 (muita dificuldade), podendo selecionar o valor 0 no caso de não ser capaz de realizar a atividade por razões não relacionadas com dificuldades de visão.

A classificação do estadio da doença foi efetuada com recurso ao processo clínico dos doentes, de acordo com os seus valores de MD: <6dB – glaucoma ligeiro;]6-12]dB – glaucoma moderado;]12-20]dB – glaucoma avançado; ≥20dB – glaucoma terminal.

Análise estatística

Para efetuar a análise estatística recorreremos ao programa SPSS.

Utilizamos o teste paramétrico t de Student para analisar variáveis medidas em percentagem ou quantitativas nas duas classes de uma variável qualitativa dicotómica, por forma a verificar a significância das diferenças entre as percentagens de respostas afirmativas ou das médias observadas para ambos os grupos da variável dicotómica.

Adicionalmente, usamos o teste paramétrico ANOVA para efetuar o estudo da relação entre variáveis medidas em percentagem ou quantitativas e uma variável qualitativa com mais de duas classes. No entanto, para aplicar este teste foi necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis através do teste K-S (Kolmogorov-Smirnov). Nas situações em que este pressuposto não se verificou, recorreremos ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Posteriormente, realizamos o teste *post hoc* de Turkey para identificar quais os pares de variáveis que diferiam.

Utilizamos também o teste Qui-quadrado para verificar a relação entre duas variáveis nominais ou uma variável nominal e outra ordinal.

Por fim, avaliamos a consistência interna do questionário com recurso ao Alfa de Cronbach, que, tendo por base uma correlação inter-item, mede como um conjunto de variáveis, correlacionadas entre si, representam uma determinada dimensão. Considera-se que um

coeficiente de consistência interna igual ou superior a 0,80 é considerado adequado, enquanto que valores entre 0,70 e 0,80 são considerados aceitáveis.

RESULTADOS

Foram incluídos um total de 76 participantes, 36 dos quais com glaucoma e 40 sem glaucoma. A média de idades da população é de 72,8 anos, com 57,9% dos indivíduos do sexo feminino.

Nos casos, a percentagem de indivíduos do sexo feminino é de 58,3%, enquanto que 41,7% são do sexo masculino. A média de idades neste grupo é de 75,4 anos. Por outro lado, nos controlos, 57,5% são do sexo feminino e 42,5% do sexo masculino e a média de idades deste grupo é de 70,6. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente ao género ($p=0,941$), ao contrário do que se verificou quanto à idade ($p=0,013$) (Tabela 2).

Os casos foram ainda divididos tendo em conta o estadio da sua doença, sendo que dos 36 casos, seis apresentavam glaucoma inicial, oito glaucoma moderado, seis glaucoma avançado e dezasseis glaucoma terminal.

Quando realizada a comparação entre os resultados obtidos para ambos os grupos, verificamos que a escala GQL-15 ($p = 0,001$) e todos os seus domínios – visão central e ao perto ($p = 0,012$); visão periférica ($p = 0,006$); adaptação ao escuro e ao *glare* ($p = 0,001$); mobilidade ($p < 0,001$) – apresentaram valores médios superiores para o grupo controlo, ou seja, as dificuldades são superiores para o grupo sem glaucoma. Todas as diferenças observadas foram estatisticamente significativas (Tabela 3).

Relativamente aos diversos estadios da doença, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no domínio da adaptação ao escuro e ao *glare*. Assim, apuramos um valor significativamente superior no *score* do questionário para o estadio terminal, em comparação com o estadio moderado, de acordo com o teste *post-hoc* de Tukey ($p = 0,048$) (Tabela 4).

Em geral, os doentes exibiram um *score* mais elevado (pior QdV) no estadio terminal, seguido do estadio avançado; sendo que os outros dois estadios apresentaram valores mais baixos, mas muito semelhantes entre si.

Os domínios de visão periférica e mobilidade apresentaram igualmente esta tendência; enquanto que o domínio de visão central e ao perto apresentou valor médio superior para o estadio avançado, seguido do estadio terminal.

Assim, verificamos que a escala GQL-15 e os seus respetivos domínios exibiram tendencialmente valores superiores nos estadios avançado e terminal, mas essas diferenças não foram significativas, com exceção do domínio da adaptação ao escuro e ao *glare* (Figura 1). O domínio da mobilidade apresentou uma média de respostas mais baixa que os outros três domínios.

Finalmente, em relação à análise de consistência interna do questionário, verificamos que o valor do Alfa de Cronbach é superior a 0,80 para a escala e dois dos seus domínios, bem como superior ao valor de 0,70 para o outro (não foi possível calcular este valor para o domínio da mobilidade, visto que é constituído apenas por uma pergunta). Assim, podemos considerar os dados globalmente adequados, ou pelo menos aceitáveis, pelo que se verifica consistência interna (Tabela 5).

DISCUSSÃO

As várias análises comparativas realizadas entre as duas amostras indicam uma estimativa de QdV superior nos indivíduos com glaucoma, o que obviamente nos levanta várias questões, visto contrariar os resultados obtidos em vários estudos anteriores^{8, 18-22}.

Isto pode ser parcialmente explicado pelo facto de que os doentes tendem a conformar-se e adaptar-se às suas limitações, deixando de dar tanta importância às mesmas; coisa que não acontece em indivíduos ditos saudáveis. No estudo de Miguel *et al.* (2014)¹⁹, os autores verificaram que os pacientes não percebiam as suas limitações visuais e vários apresentavam mecanismos de adaptação que lhes permitiam ter um desempenho melhor do que o esperado. Assim, os doentes do grupo controlo poderão ter atribuído uma pontuação superior às questões, exclusivamente porque sentem essas limitações de uma forma mais intensa que os doentes com glaucoma, que já se ajustaram a elas.

Por outro lado, algumas das limitações deste estudo podem ter influenciado a obtenção destes resultados. Uma vez que os questionários realizados pelos controlos foram entregues pelas enfermeiras antes da consulta e preenchidos pelos indivíduos na sala de espera, e acrescendo o facto que os doentes apresentavam uma idade já avançada, é possível que estes não tenham compreendido totalmente a explicação dada e preenchido erradamente os questionários. Pelo contrário, como os questionários dos casos foram preenchidos no fim da consulta, ou no fim da realização dos CV, na presença dos respetivos médicos ou técnicos, qualquer dúvida que o doente tivesse era explicada na hora.

Em relação aos doentes com glaucoma, a análise realizada permitiu-nos verificar que a QdV é semelhante para doentes nos estadios inicial e moderado da doença, e que piora para doentes nos estadios avançado e terminal, tal como demonstrado em estudos anteriores^{21, 23}.

Nelson *et al.* (1998)²³ afirma que os doentes com glaucoma podem evoluir de grau ligeiro a moderado sem notarem qualquer alteração na sua vida diária, situação que justifica o facto de neste estudo os doentes nestes estadios apresentarem pontuações semelhantes.

Para todos os domínios, o estadio da doença com pior QdV foi o terminal, com exceção do domínio de visão central e ao perto, no qual o estadio avançado apresentou maior pontuação. Estes resultados sugerem que alguns problemas funcionais poderão tornar-se menos pronunciados com a progressão da doença, talvez graças aos mecanismos de adaptação adotados pelos doentes. Goldberg *et al.* (2009)¹⁸ efetuou uma observação semelhante, uma vez que, no seu estudo, doentes com estadios mais avançados da doença apresentavam menor afeção dos domínios de visão central e ao perto e visão periférica.

Conseguimos verificar também que o domínio mais afetado nos doentes foi a adaptação ao escuro e ao *glare* (com um agravamento marcado para o estadio terminal), seguido dos domínios de visão central e ao perto e visão periférica. Por outro lado, aquele que apresentou *scores* mais baixos foi o da mobilidade, ou seja, este é o domínio em que a QdV é menos afetada. Estes resultados vão de acordo com estudos anteriores^{18, 24-25}, que concluíram que as limitações na adaptação ao escuro e ao *glare* eram os sintomas mais frequentemente reportados pelos doentes e mais incapacitantes. No entanto, não estão de acordo com os resultados encontrados por Noe *et al.* (2003)²⁶, uma vez que os seus pacientes mostraram mais dificuldades no campo da mobilidade. Isto pode ser explicado pelo facto de este domínio ter sido medido com instrumentos diferentes neste estudo.

No entanto, a validade científica destas observações é afetada pela falta de significância estatística entre as diferenças encontradas, muito provavelmente devido à pequena amostra utilizada neste estudo.

Por outro lado, apesar da análise de consistência interna da escala indicar que as questões medem de forma adequada a QdV, é importante não esquecer que o questionário usado está validado para língua inglesa, mas não para a língua portuguesa, podendo este facto resultar em viés.

CONCLUSÃO

A existência de viés e a pequena amostra obtida impossibilitam o estabelecimento de conclusões definitivas com este estudo. Assim, consideramos importante a realização de mais estudos, com amostras maiores – nomeadamente a nível nacional – de forma a ser obtida uma amostra mais representativa da população portuguesa. Seria também relevante a realização de um estudo que diferenciasses doentes com glaucoma binocular de doentes com monocular, já que existem estudos que demonstram que os primeiros apresentam maior impacto na QdV²⁷.

Nenhum estudo deste tipo foi alguma vez realizado em Portugal. Consideramos isto como uma lacuna no conhecimento médico que deve ser colmatada, particularmente devido à magnitude desta doença no nosso país e às suas consequências nefastas na QdV dos doentes, podendo levar a uma restrição da sua atividade física, levando a maior morbilidade e mortalidade²¹.

REFERÊNCIAS

1. Weinreb RN, Khaw PT. Primary open-angle glaucoma. *Lancet*. 2004;363(9422):1711–1720.
2. Jampel HD. Glaucoma patients' assessment of their visual function and quality of life. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 2001;99:301–17.
3. Jampel HD, Friedman DS, Quigley H, Miller R. Correlation of the binocular visual field with patient assessment of vision. *Invest. Ophthalmol Vis Sci*. 2002;43:1059–1067.
4. Jampel HD, Schwartz A, Pollack I, Abrams D, Weiss H, Miller R. Glaucoma patients' assessment of their visual function and quality of life. *J Glaucoma*. 2002;11(2):154–163.
5. Kingman S. Glaucoma is second leading cause of blindness globally. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11):887-8.
6. Quigley H. Number of people with glaucoma worldwide. *Br J Ophthalmol*. 1996;80:389–93.
7. Miguel A, Azevedo L, Andrês R, Henriques F, Lopes N, Rito F, et al. Costs of Glaucoma in Portugal. *Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*. 2012;36:25–32.
8. Nelson P, Aspinall P, Papasouliotis O, Worton B, O'Brien C. Quality of life in glaucoma and its relationship with visual function. *J Glaucoma*. 2003;12:139–150.
9. Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil*. 1995;16:51–74.
10. Asaoka R, Crabb DP, Yamashita T, Russell RA, Wang YX, Garway-Heath DF. Patients have two eyes!: binocular versus better eye visual field indices. *Invest. Ophthalmol Vis Sci*. 2011;52:7007–7011.
11. Cardarelli WJ, Smith RA. Managed care implications of age related ocular conditions. *Am J Manag Care*. 2013;19(5 Suppl):S85–S91.
12. Ramulu PY, West SK, Munoz B, Jampel HD, Friedman DS. Glaucoma and reading speed: the Salisbury Eye Evaluation project. *Arch Ophthalmol*. 2009;127(1):82–87.
13. Skaliky S, Goldberg I. Depression and quality of life in patients with glaucoma: a cross-sectional analysis using the Geriatric Depression Scale-15, assessment of function

- related to vision, and the Glaucoma Quality of Life-15. *J Glaucoma*. 2008;17(7):546–551.
14. Ramrattan RS, Wolfs RC, Panda-Jonas S, Jonas JB, Bakker D, Pols HA, et al. Prevalence and causes of visual field loss in the elderly and associations with impairment in daily functioning: the Rotterdam Study. *Arch Ophthalmol*. 2001;119:1788–94.
 15. Sherwood MB, Garcia-Siekavizza A, Meltzer MI, Hebert A, Burns AF, McGorray S. Glaucoma's impact on quality of life and its relation to clinical indicators: a Pilot Study. *Ophthalmology*. 1998;105:561–566.
 16. Spaeth G, Walt J, Keener J. Evaluation of quality of life for patients with glaucoma. *Am J Ophthalmol*. 2006;141(1 Suppl):S3-14.
 17. Cedrone C, Mancino R, Ricci F, Cerulli A, Culasso F, Nucci C. The 12-year incidence of glaucoma and glaucoma-related visual field loss in Italy: the Ponza eye study. *J Glaucoma*. 2012;21(1):1–6.
 18. Goldberg I, Clement CI, Chiang TH, Walt JG, Lee LJ, Graham S, et al. Assessing quality of life in patients with glaucoma using the Glaucoma Quality of Life-15 (GQL-15) questionnaire. *J Glaucoma*. 2009;18(1):6-12.
 19. Miguel A, Fonseca C, Oliveira N, Henrique F, Silva JF. Difficulties of daily tasks in advanced glaucoma patients – a videotaped evaluation. *Rev Bras Oftalmol*. 2015;74(3):164-79.
 20. Lisboa R, Chun YS, Zangwill LM, Weinreb RN, Rosen PN, Liebmann JM, et al. Relationship between rates of binocular visual field loss and vision-related quality of life in glaucoma. *JAMA Ophthalmol*. 2013;131(4):486-94.
 21. Cesareo M, Ciuffoletti E, Ricci F, Missiroli F, Giuliano MA, Mancino R, et al. Visual disability and quality of life in glaucoma patients. *Prog Brain Res*. 2015;221:359-74.
 22. Miguel A, Silva JF, Azevedo L, Henriques F, Andrés R, Lopes N, et al. Quality of life in glaucoma patients. *Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*. 2012;36:33-40.
 23. Nelson P, Aspinall P, O'Brien C. Patients' perception of visual impairment in glaucoma: a pilot study. *Br J Ophthalmol*. 1999;83(5):546-52.
 24. Ramulu P. Glaucoma and disability: which tasks are affected, and at what stage of disease? *Curr Opin Ophthalmol*. 2009;20(2):92-8.
 25. Quaranta L, Riva I, Gerardi C, Oddone F, Floriano I, Konstas AG. Quality of Life in Glaucoma: A Review of the Literature. *Adv Ther*. 2016;33(6):959-81.
 26. Noe G, Ferraro J, Lamoureux E, Rait J, Keeffe JE. Associations between glaucomatous visual field loss and participation in activities of daily living. *Clin Exp Ophthalmol*. 2003;31(6):482-6.

27. McKean-Cowdin R, Varma R, Wu J, Hays RD, Azen SP. Severity of visual field loss and health-related quality of life. *Am J Ophthalmol.* 2007;143(6):1013-23.

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Itens do questionário GQL-15 (*Glaucoma Quality of Life 15*).

| | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|--|---|------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Ler Jornais ou revistas | 5 | 6,6% | 20 | 26,3% | 15 | 19,7% | 17 | 22,4% | 8 | 10,5% | 11 | 14,5% |
| 2. Caminhar quando está escuro | 4 | 5,3% | 21 | 27,6% | 15 | 19,7% | 13 | 17,1% | 15 | 19,7% | 8 | 10,5% |
| 3. Conseguir ver à noite | 1 | 1,3% | 23 | 30,3% | 16 | 21,1% | 20 | 26,3% | 9 | 11,8% | 7 | 9,2% |
| 4. Caminhar em pavimento com desníveis | 7 | 9,2% | 21 | 27,6% | 5 | 6,6% | 19 | 25,0% | 18 | 23,7% | 6 | 7,9% |
| 5. Adaptar-se à luz intensa | | | 21 | 27,6% | 7 | 9,2% | 20 | 26,3% | 14 | 18,4% | 14 | 18,4% |
| 6. Adaptar-se a iluminação fraca | | | 25 | 32,9% | 15 | 19,7% | 19 | 25,0% | 16 | 21,1% | 1 | 1,3% |
| 7. Passar de um quarto iluminado para outro escuro ou vice-versa | | | 27 | 35,5% | 12 | 15,8% | 10 | 13,2% | 22 | 28,9% | 5 | 6,6% |
| 8. Evitar tropeçar em objetos | 4 | 5,3% | 23 | 30,3% | 14 | 18,4% | 13 | 17,1% | 17 | 22,4% | 5 | 6,6% |
| 9. Ver objetos a aproximar-se pelos lados | | | 36 | 47,4% | 14 | 18,4% | 17 | 22,4% | 7 | 9,2% | 2 | 2,6% |
| 10. Atravessar a rua | 6 | 7,9% | 33 | 43,4% | 11 | 14,5% | 9 | 11,8% | 13 | 17,1% | 4 | 5,3% |
| 11. Subir ou descer escadas | 7 | 9,2% | 24 | 31,6% | 18 | 23,7% | 13 | 17,1% | 9 | 11,8% | 5 | 6,6% |
| 12. Evitar bater contra objetos | 3 | 3,9% | 32 | 42,1% | 18 | 23,7% | 12 | 15,8% | 6 | 7,9% | 5 | 6,6% |
| 13. Estimar distância do pé a um degrau | 4 | 5,3% | 30 | 39,5% | 11 | 14,5% | 16 | 21,1% | 6 | 7,9% | 9 | 11,8% |
| 14. Encontrar objetos caídos | 4 | 5,3% | 33 | 43,4% | 16 | 21,1% | 13 | 17,1% | 5 | 6,6% | 5 | 6,6% |
| 15. Reconhecer caras | | | 36 | 47,4% | 18 | 23,7% | 13 | 17,1% | 7 | 9,2% | 2 | 2,6% |

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 0- Não realiza por outras razões; 1- Nenhuma dificuldade; 2- Pouca dificuldade; 3- Alguma dificuldade; 4- Bastante dificuldade; 5- Muita dificuldade.

Tabela 2: Análise descritiva da amostra.

| | | | | Frequência | Percentagem |
|-----------|--|--|--|------------|-------------|
| Caso | | | | 36 | 47,4 |
| Controlo | | | | 40 | 52,6 |
| Total | | | | 76 | 100,0 |
| | | | | Frequência | Percentagem |
| Feminino | | | | 44 | 57,9 |
| Masculino | | | | 32 | 42,1 |
| Total | | | | 76 | 100,0 |

| | | N | Média | Desvio padrão | Teste t | P |
|-------|----------|----|-------|---------------|-----------|---------|
| Idade | Caso | 36 | 75,39 | 8,89 | t74=2,550 | * 0,013 |
| | Controlo | 40 | 70,55 | 7,65 | | |

* diferença significativa para $p < 0,05$

Tabela 3: Relação entre a escala GQL-15 e seus respetivos domínios.

| | | N | Média | Desvio padrão | Teste t | p |
|------------------------------------|----------|----|-------|---------------|---------|----------|
| Valor Global GQL-15 | Caso | 26 | 29,00 | 12,934 | -3,462 | ** 0,001 |
| | Controlo | 37 | 41,59 | 15,043 | | |
| Visão Central ao Perto | Caso | 33 | 3,88 | 1,916 | -2,591 | * 0,012 |
| | Controlo | 38 | 5,21 | 2,350 | | |
| Visão Periférica | Caso | 29 | 11,76 | 5,792 | -2,868 | ** 0,006 |
| | Controlo | 39 | 16,23 | 6,745 | | |
| Adaptação ao Escuro e <i>Glare</i> | Caso | 32 | 12,28 | 6,321 | -3,494 | ** 0,001 |
| | Controlo | 39 | 17,46 | 6,130 | | |
| Mobilidade | Caso | 30 | 1,53 | 1,106 | -3,908 | ** 0,000 |
| | Controlo | 40 | 2,70 | 1,324 | | |

* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

Tabela 4: Relação entre a escala GQL-15 e suas funções com os estadios da doença.

| | | N | Média | Desvio padrão | F (ANOVA) Qui ² (KW) | p | Tukey |
|-----------------------------|----------|----|-------|---------------|------------------------------------|---------|------------|
| Valor Global GQL-15 | Inicial | 5 | 22,80 | 3,962 | F = 0,197 | 0,197 | |
| | Moderado | 6 | 22,83 | 6,113 | | | |
| | Avançado | 5 | 30,80 | 10,826 | | | |
| | Terminal | 10 | 34,90 | 17,253 | | | |
| Visão Central ao Perto | Inicial | 6 | 2,83 | ,983 | KW = 3,113 | 0,375 | |
| | Moderado | 7 | 3,29 | ,951 | | | |
| | Avançado | 6 | 4,83 | 2,563 | | | |
| | Terminal | 14 | 4,21 | 2,119 | | | |
| Visão Periférica | Inicial | 5 | 9,80 | 3,033 | F = 0,227 | 0,227 | |
| | Moderado | 7 | 9,00 | 3,606 | | | |
| | Avançado | 6 | 11,83 | 3,189 | | | |
| | Terminal | 11 | 14,36 | 7,915 | | | |
| Adaptação ao Escuro e Glare | Inicial | 6 | 8,67 | 2,160 | F = 0,025 | * 0,025 | Term>Moder |
| | Moderado | 8 | 8,50 | 2,507 | | | |
| | Avançado | 5 | 14,40 | 6,986 | | | |
| | Terminal | 13 | 15,46 | 7,241 | | | |
| Mobilidade | Inicial | 5 | 1,00 | ,000 | KW = 6,134 | 0,105 | |
| | Moderado | 7 | 1,00 | ,000 | | | |
| | Avançado | 6 | 1,50 | ,837 | | | |
| | Terminal | 12 | 2,08 | 1,505 | | | |

* diferença significativa para $p < 0,05$

Figura 1: Gráfico ilustrativo da relação entre a escala GQL-15 e seus domínios nos vários estadios da doença.

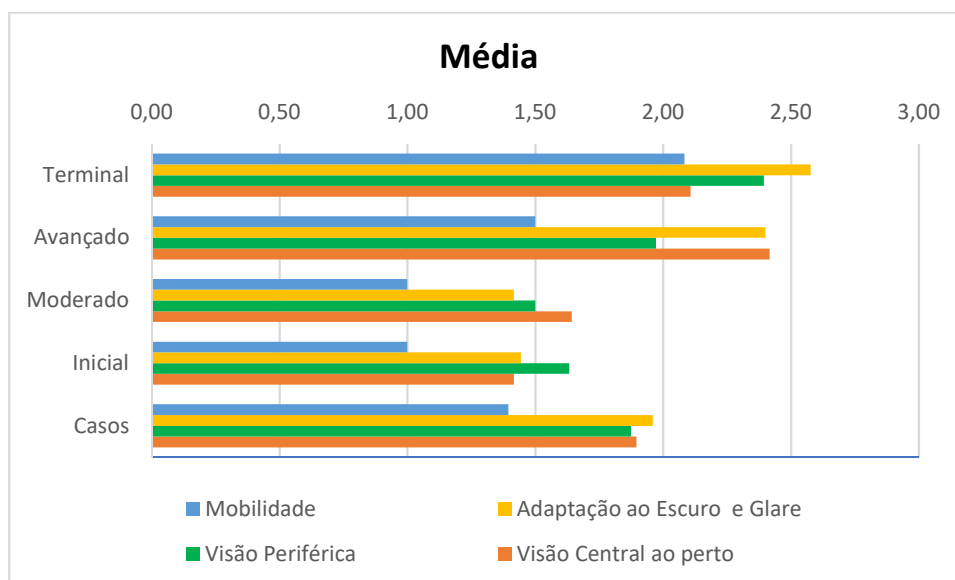


Tabela 5: Análise da consistência interna do questionário *Glaucoma Quality of Life-15*.

| | Alfa de Cronbach | N de Itens |
|-----------------------------|------------------|------------|
| Escala GQL-15 | 0,956 | 15 |
| Visão Central ao Perto | 0,720 | 2 |
| Visão Periférica | 0,927 | 6 |
| Adaptação ao Escuro e Glare | 0,915 | 6 |
| Mobilidade | a | |

a – com apenas um item não pode ser calculado.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Dr. António Melo, pelo acolhimento do projeto apresentado, pela orientação, empenho e disponibilidade demonstrada.

Ao Professor Doutor Fernando Falcão Reis, pela oportunidade de conhecer e trabalhar no Serviço de Oftalmologia.

Aos doentes que tão gentilmente aceitaram participar neste estudo, pois sem eles este projeto não seria possível.

Aos médicos, técnicos, enfermeiros e restante pessoal do Serviço de Oftalmologia, pela disponibilidade na distribuição dos questionários.

Um agradecimento especial à Sra. Manuela Sequeira, pelo apoio dado num momento tão crítico.

Ao Dr. Paulo Pereira, pelo apoio dado no tratamento dos dados estatísticos.

Aos meus pais, pela inabalável paciência e interminável apoio dado durante todo este percurso, em especial à minha mãe, pelo controlo de qualidade que tão prontamente me prestou.

Aos meus colegas e amigos, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos, especialmente nos mais difíceis.

ANEXOS

1. Parecer da Comissão de Ética
2. Normas da Revista

Unidade de Investigação

Tomei conhecimento. Nada a opor.

06 de Março de 2017

A Coordenadora da Unidade de Investigação

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO DE 16 MAR 2017
Presidente do Conselho de Administração

Director Clínico Enfermeira Diretora Vocal Executivo Vocal Executivo

(Prof. Dr. José Artur Rebelo) (Enf.ª Mariana Cardoso) (Dr. Luís Paulo Gomes) (Dr. Renato G. Mota)

DIRECÇÃO CLÍNICA

9/3/2017

• Centro Hospitalar São João •
Ao CA
com parecer

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

Aprovado. Ao CA.

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Tatiana Tavares Gomes
(aluna de Mestrado Intearado em Medicina. FMUP)

Título do projecto de investigação: Glaucoma and quality of life in Portuguese patients

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Oftalmologia do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 7 / Setembro / 2016

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Tatiana Tavares Gomes

7. SEGURO

- a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☒

NÃO APLICÁVEL ☐

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Tatiana Tavares Gomes,

abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 7 / Setembro / 2016

18/10/16
A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Tatiana Tavares Gomes

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

Centro Hospitalar **São João**.

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A) INVESTIGADOR(A), A CES APROVA POR UNANIMIDADE O PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR À REALIZAÇÃO DESTA PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

13/01/17

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto: Glaucoma and quality of life in Portuguese patients

Nome da Investigadora Principal: Tatiana Tavares Gomes, estudante a frequentar o Mestrado Integrado em Medicina da FMUP

Serviço onde decorre o Estudo: No Serviço de Oftalmologia. Apresentou declaração do Diretor de Serviço, Prof. Doutor Falcão Reis, e do elo de ligação, Dr. António Cabral Costa Benevides de Melo, que é também o orientador.

Objetivos do Estudo:

Esta investigação tem como objetivo avaliar o impacto do glaucoma na qualidade de vida dos doentes, nos seus diversos estádios, bem como perceber quais as funções que vão sendo mais afetadas com a progressão da doença.

Insere-se no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP, sob orientação do Dr. António Cabral Costa Benevides de Melo.

Conceção e Pertinência do estudo:

Estudo caso-controlo, com a aplicação de um questionário a uma amostra aleatória de doentes com glaucoma e de doentes (casos) sem glaucoma (controles).

Para o grupo *casos*, será selecionada uma amostra de doentes consecutivos com consulta de glaucoma durante o período do estudo. Poderão ser incluídos doentes com diagnóstico há menos de 6 meses de glaucoma de qualquer subtipo, com idade compreendida entre os 60 e os 90 anos. Serão excluídos doentes com demência ou outra condição que os impeça de responder adequadamente às questões do estudo.

O grupo *controlo* será recrutado também de forma consecutiva, na consulta de Oftalmologia geral, durante o tempo em que o estudo decorrer.

Aos 2 grupos será aplicado o questionário *Glaucoma Quality of Life 15* (GQL-15) e será realizada revisão dos processos clínicos.

Benefício/risco:

O único incómodo referido é o inerente ao tempo despendido no preenchimento do questionário, durante a consulta.

Confidencialidade dos dados:

Os questionários são anonimizados, de forma a ser respeitada a confidencialidade dos dados.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Dispõe de uma adequada informação ao participante. O modelo de CI a utilizar será o do CHSJ.

Curriculum da investigadora:

Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: Março de 2017

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 09 de janeiro de 2017

A Relatora

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Raquel Ribeiro', with a large, stylized initial 'R'.

Dra. Raquel Ribeiro



Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2016, 30 dezembro 2016

1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

Lema: "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site www.actamedicaportuguesa.com e através da Medline com interface PubMed.

A Acta Médica Portuguesa não cobra quaisquer taxas

relativamente ao processamento ou à submissão de artigos.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa, em 2014, foi de aproximadamente de 20% dos mais de 700 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#online> Submissions.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International

Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final
4. Concordam que são responsáveis pela exactidão e integridade de todo o trabalho

As condições 1, 2, 3 e 4 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o "Formulário de Autoria" com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright* (modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/AMP_template-Declaracao-Responsabilidade-Autoral.doc).

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção "Agradecimentos".

6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o carregamento na plataforma electrónica de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____ (ref. _____)

AMP _____) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s)

Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito (modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/consentimento_informado_do_doente.doc).

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá no prazo máximo de vinte dias, carregar na plataforma electrónica da Acta Médica Portuguesa uma versão revista do artigo, com as alterações inseridas destacadas com cor diferente, bem como um novo Documento Suplementar respondendo a todas as questões colocadas.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes

da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação

fast-track, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.

c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.

d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.

e) A identidade dos revisores é confidencial.

f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.

g) O editor-chefe tem total independência editorial.

h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.

i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.

j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.

k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.

l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.

m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. NORMAS GERAIS

ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o "AMA Manual of Style", 10th ed. e/ou "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, "Analisámos dados", e não "Os dados foram analisados". Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; "Os autores gostariam de agradecer". Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via "Submissão Online" da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão online terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

Na primeira página/ página de título:

a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo

b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)

c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho

d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito

e) Título breve para cabeçalho

Na segunda página

a) Título (sem autores)

b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.

c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes:

■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria

deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. clinicaltrials.gov). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão).

■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Referências.

A linha de autoria deste tipo de artigos não deverá exceder quatro autores. Outros contributos poderão ser reconhecidos no final do texto, sob o parágrafo "Agradecimentos".

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 referências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma

experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

Abreviaturas: Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

Unidades de Medida: As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos: Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 dpi de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

Legendas: Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

Tabelas: É obrigatório o envio das tabelas a preto e branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

Quaisquer tabelas submetidas que sejam mais longas/largas do que duas páginas A4 serão publicadas como Apêndice ao artigo.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

Figuras: Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpi* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

• **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

• **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994¹³ and in multiple sclerosis.¹⁴”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço.⁵⁻⁹

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula.^{12,15,18}

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Notas: Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: pági-

nas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

Documento electrónico:

1. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences* [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>.

APÊNDICES

Questionário GQL-15 – Qualidade de vida

Tem alguma dificuldade de visão, mesmo com óculos, em efectuar alguma destas actividades?

Escolha a sua resposta (colocando um **X**) numa escala de 1 a 5, em que:

1 – Nenhuma dificuldade; **2** – Pouca dificuldade; **3** – Alguma dificuldade; **4** – Bastante dificuldade;
5 – Muita dificuldade.

Se não realizar estas actividades por razões não relacionadas com dificuldades de visão, responda **0**.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Ler jornais ou revistas | | | | | | |
| 2. Caminhar quando está escuro | | | | | | |
| 3. Conseguir ver à noite | | | | | | |
| 4. Caminhar em pavimento com desníveis | | | | | | |
| 5. Adaptar-se à luz intensa | | | | | | |
| 6. Adaptar-se a iluminação fraca | | | | | | |
| 7. Passar de um quarto iluminado para outro escuro ou vice-versa | | | | | | |
| 8. Evitar tropeçar em objectos | | | | | | |
| 9. Ver objectos a aproximar-se pelos lados | | | | | | |
| 10. Atravessar a rua | | | | | | |
| 11. Subir ou descer escadas | | | | | | |
| 12. Evitar bater contra objectos | | | | | | |
| 13. Estimar distância do pé a um degrau | | | | | | |
| 14. Encontrar objectos caídos | | | | | | |
| 15. Reconhecer caras | | | | | | |